N° 49.

21

DISSERTATION

SUR

LE CANCER

DE LA LÈVRE INFÉRIEURE.

Thèse

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier, le 25 Mai 1836 ;

Par L.-P.-A- BURIN,

De Tauves (Puy-de-Dôme) ;

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

C'est surtout dans cette partie de la Thérapeutique externe (la chéiloplastie), que l'art s'est montré puissant et salutaire : loin de détruire, il restaure, il ne se borne pas à substituer une difformité dangereuse à une autre qui l'est moins, mais il efface à la fois le danger et la difformité ; et à ce titre, il est revêtu d'un cachet de perfection que l'on voudrait retrouver dans toutes les applications de la pratique chirurgicale. (Page 4).

MONTPELLIER :
Imprimerie typographique de Henri RAHT, rue des Sœurs-Noires, n° 3.

1836.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE.

Témoignage de piété filiale et de reconnaissance pour les sacrifices nombreux qu'ils ont faits pour mon éducation.

A MON ONCLE,

Le Commandant MERCIER,

CHEVALIER DE LA LÉGION-D'HONNEUR.

Je suis heureux, MON CHER ONCLE, de pouvoir aujourd'hui vous offrir ce travail, comme un faible gage d'affection et de reconnaissance.

A Monsieur GUILLAUME,

DOCTEUR EN MÉDECINE.

Témoignage public de reconnaissance pour l'intérêt dont il m'a toujours honoré.

L.-P.-A. BURIN.

DISSERTATION

SUR

LE CANCER

DE LA LÈVRE INFÉRIEURE.

L'ÉTUDE des maladies des lèvres est digne, à tous égards, de fixer l'attention des praticiens: si l'intégrité de ces voiles charnus et membraneux n'est pas indispensable à la vie, du moins elle se lie étroitement aux conditions qui la rendent agréable; et la société ne voit qu'avec indifférence, sinon avec dégoût, les malheureux dont une affection quelconque a déformé les traits de la face et compromis la régularité de l'ouverture buccale. Les lèvres contribuent au jeu de la physionomie, remplissent un rôle passionnel, sont des instrumens de la parole, quelquefois des organes de volupté, et toujours des appareils utiles aux fonctions de la bouche, dans la cavité de laquelle elles retiennent la salive, les boissons et les alimens. Ce sommaire de leur physiologie doit faire comprendre combien il importe d'apporter de soins au traitement des maladies qui les affectent, et expliquer les efforts de la chirurgie pour pallier les difformités dont elles peuvent être le siége. « C'est surtout dans cette partie de la thérapeutique externe que l'art s'est montré puissant et salutaire: loin de détruire; il restaure, il ne se borne pas à substituer une difformité dangereuse à une autre qui l'est moins, mais il efface à la fois le danger et la difformité; et, à ce titre, il est revêtu d'un cachet de perfection que l'on voudrait retrouver dans toutes les applications de la pratique chirurgicale. »

La chéiloplastie est une conquête moderne; les modes opératoires de Celse en avaient, sans doute, donné l'idée; une restauration de l'angle des lèvres, pratiquée par Franco, dans le 16me siècle, est un témoignage

en faveur de sa vieille origine. Les procédés employés pour la rhinoplastie ne sont pas étrangers à la conception de la chéiloplastie ; mais il y a loin d'un pressentiment du génie chirurgical, d'une opération insolite que son auteur n'imita plus, à un acte chirurgical réfléchi, réglé, érigé en méthode thérapeutique, comptant déjà des procédés multipliés et fondés sur un principe qui en est à la fois la source et l'essence. A l'introduction de la chéiloplastie dans le domaine usuel de l'art, se rattachent les noms de MM. Lallemand, Roux de S[t]-Maximin, Dieffenbach, Serre, etc. Déjà de nombreux succès ont couronné sa venue, et peu d'années ont suffi pour lui donner la sanction de l'expérience. Frappé des avantages de ce mode opératoire, séduit par l'intérêt réel qu'il présente, jaloux d'appliquer mes réflexions et mes recherches à un sujet qui peut les rendre utiles, je n'ai pas hésité à m'occuper d'une maladie qui, plus que toute autre, en réclame l'application, le cancer de la lèvre inférieure.

Les lèvres peuvent, comme l'a établi M. Cruveilhier, être considérées comme constituées par un prolongement du muscle buccinateur qui se bifurque au niveau de chaque commissure pour aller se continuer en haut et en bas avec le faisceau correspondant du muscle opposé. Ces fibres curvilignes s'unissent et s'entre-croisent avec les fibres des élévateurs, des abaisseurs, des diducteurs, de manière à constituer un réseau musculaire serré que parcourent des vaisseaux et des nerfs et qu'enveloppe une membrane cutanéo-muqueuse solidement unie en avant par un tissu cellulaire serré, moins adhérente en arrière, où l'on observe de petites glandes qui participent peut-être au caractères des glandes salivaires et recouvre, sur le bord libre, une légère couche de tissu érectile ; disposition organique qu'il importe surtout de noter, parce qu'elle peut se rattacher à l'étiologie du cancer. J'ai cru devoir présenter cette définition ou plutôt cette description abrégée des lèvres, parce que la connaissance de l'état local ou organique est un élément du diagnostic et une source d'indications thérapeutiques. En effet, la présence du tissu érectile, au bord libre de la lèvre, nous rend, en partie, raison de la fréquence du cancer qui, ainsi que le démontre l'observation, envahit de préférence les tissus très-vasculaires, tels que le pénis, le mamelon, le col de l'utérus, l'extrémité du rectum, le pylore, etc; d'une

autre part, la mobilité des lèvres nous explique pourquoi on peut, sans danger, en enlever une grande partie; la vitalité qui se lie à la grande quantité de vaisseaux rend compte des succès nombreux que l'on obtient de la réunion immédiate; enfin, l'existence de l'enveloppe cutanéo-muqueuse nous conduit à imiter, dans nos procédés, ce que la nature présente dans l'état normal, c'est-à-dire, la réunion directe de la muqueuse à la peau. Toutefois, la connaissance de l'organisation des lèvres ne résout pas toutes les questions que le désir ou l'utilité de connaître nous porte à soulever; ainsi, la rareté du cancer de la lèvre supérieure, la fréquence de celui de la lèvre inférieure, restent encore inexpliquées, aussi-bien que ce qui concerne l'existence du bec-de-lièvre congénial(1). Néanmoins, ces deux faits sont si vrais, dans leur généralité, que Sabatier dit n'avoir jamais rencontré le cancer de la lèvre supérieure, et que les auteurs qui traitent du bec-de-lièvre disent, en manière d'acquit, qu'il est beaucoup moins commun à la lèvre inférieure, sans indiquer s'ils en ont constaté l'existence : nouvel exemple, qui prouve combien nous sommes pauvres en explications. La médecine est une belle science, mais on y trouve des mystères à chaque pas, et jusque dans les plus petites choses.

Le cancer de la lèvre inférieure n'offre rien de spécial comme cancer; le tissu accidentel hétérologue qui le constitue, offre les mêmes caractères que dans tous les autres points où il se développe. Matière squirrheuse et encéphaloïde, ayant une tendance manifeste à l'envahissement; voilà ce qui spécialise le cancer et le fait ce qu'il est dans toutes les parties où on l'observe. Mais la diversité du siége provoque la diversité des causes, fait varier les symptômes, rend le pronostic plus ou moins grave, et suscite des vues thérapeutiques diverses. Nous allons

---

(1) Blumenbroach et Meckel avaient admis trois points de développement pour la lèvre supérieure, et ils expliquaient les becs-de-lièvre latéraux par un arrêt de développement. Des observations postérieures, plus exactes et peut-être plus consciencieuses de MM. Velpeau et Cruveilhier, ont prouvé qu'aux époques de la vie embryonnaire, où l'observation est possible, les lèvres sont toujours complétement formées. M. Bouisson, chef des travaux anatomiques de cette Faculté, m'a montré deux ambryons, l'un de vingt jours, l'autre d'un mois, sur lesquels les lèvres sont entières, et n'offrent aucune trace de scission primitive.

donc nous occuper successivement des causes, du diagnostic, du pronostic et du traitement du cancer de la lèvre inférieure. Toutefois, pour restreindre les limites de mon travail, je m'occuperai seulement du cancer du bord libre de cette lèvre, faisant abstraction de celui qui se développe aux commissures, et qui réclame des procédés opératoires distincst.

ÉTIOLOGIE.

Les causes du cancer de la lèvre inférieure peuvent être divisées en prédisposantes et occasionelles.

1° Les adultes et les vieillards y sont beaucoup plus sujets que les enfans. Il se manifeste plus souvent chez les hommes que chez les femmes, et affecte principalement ces dernières vers l'époque critique. Les gens d'un tempérament bilieux, lymphatique, en sont assez fréquemment atteints; les habitans des campagnes y semblent plus exposés que les habitans des villes; aussi, le cancer de la lèvre inférieure est-il commun chez les cultivateurs, surtout chez ceux qui négligent les soins de propreté, ou qui, à cause de leurs occupations, ont presque toujours les mains malpropres, tels que les rouliers, les maçons, etc. J'ai pu observer, à l'hôpital St-Éloi, que la plupart des malades atteints du cancer à la lèvre inférieure, habitaient les départemens de la Lozère, de l'Ardèche, de l'Aveyron, où la culture d'une terre ingrate double le travail manuel sans dissiper la misère qui, associée à la malpropreté, favorise, sans aucun doute, le développement de l'affection cancéreuse. Les personnes sujettes à la gale, aux dartres et en général à toutes les éruptions cutanées, sont, plus souvent que les autres, atteintes de cette funeste maladie.

2° Les causes occasionelles du cancer de la lèvre inférieure, sont tout ce qui peut produire l'irritation de ces parties : ainsi, les coups, les frottemens, les pressions trop long-temps prolongées, l'action du froid, l'habitude de râcler le bord libre de la lèvre avec les dents incisives, celle de l'humecter souvent avec la salive qui, en se desséchant au contact de l'air, y dépose des sels irritans; enfin, l'usage des pipes à tubes courts, qui, en même temps qu'elles échauffent la lèvre, favorisent

l'action excitante de l'huile empyreumatique, qui se forme pendant l'ustion du tabac (1).

A l'action de ces diverses causes, il faut joindre, comme condition nécessaire, un état général de l'économie, désigné sous le nom de diathèse cancéreuse. L'admission de cette affection morbide, qui est une sorte *d'inconnue* dont on ne comprend que la nécessité d'existence, nous rend compte des terminaisons qu'effectue l'inflammation chronique; inflammation provoquée ou entretenue par les causes signalées plus haut. L'inflammation est un mode morbide très-fréquent; elle entre comme élément dans un grand nombre de maladies, mais le siége et les diathèses en font varier les symptômes et les terminaisons; aussi, toute inflammation de la lèvre, même chronique, ne se termine-t-elle pas par le cancer; il faut la préexistence ou le développement simultané de la diathèse cancéreuse.

Symptômes. — Marche. — Diagnostic.

Le cancer de la lèvre inférieure débute ordinairement par un bouton qui reste quelque temps indolent et d'un volume peu considérable; cependant, sa présence devient gênante, et le malade est naturellement porté à le gratter, à l'excorier de l'extrémité de l'ongle et à l'irriter de diverses manières : il devient alors le siége de douleurs, d'abord légères, puis lancinantes et s'exaspérant le soir; bientôt l'ulcération s'empare de sa surface, qui apparaît alors avec l'aspect d'un ulcère cancéreux; d'autres fois l'ulcération semble précéder la formation du tissu squirrheux ou encéphaloïde; c'est lorsque celui-ci ne se développe qu'à la suite d'une gerçure souvent irritée et rebelle à la cicatrisation. Dans ces cas, c'est au bord même de la lèvre que la maladie réside; mais il n'est pas rare de la voir d'abord apparaître au menton, d'où elle se propage ensuite jusqu'à la face antérieure de la lèvre; telle est, du moins, une des suites assez communes du genre de dartres appelé *mentagre*, en raison de son siége; on a vu également le cancer de la lèvre inférieure débuter par l'intérieur de la bouche, et succéder, soit à un fongus cancéreux, s'échappant d'une alvéole après l'extraction d'une

(1) M. Lallemand, leçons orales.

dent, etc. Enfin, les cancers de l'os maxillaire peuvent se propager jusqu'à la lèvre, de même que les cancers de cette dernière, abandonnés à eux-mêmes, envahissent le périoste et la substance de l'os maxillaire inférieur.

Le volume du cancer de la lèvre inférieure est assez variable; tantôt il est très-superficiel, borné à la couche érectile du bord libre, et se réduisant en quelque sorte à une ulcération de ce bord, dont le fond est constitué par la matière encéphaloïde; tantôt il est enfoui dans l'épaisseur de la lèvre, où la vue et le toucher le rendent sensible sous la forme d'un tubercule, d'abord dur et indolent, plus tard ramolli et douloureux; tantôt, enfin, son volume acquiert des dimensions considérables, force la lèvre à se renverser en dehors et en bas, donne à la face une expression hideuse, permet à la salive de s'écouler et d'excorier les parties environnantes; enfin, la tumeur tend à s'accroître dans tous les sens, et menace, par ses progrès, la vie de l'homme.

La forme du cancer est incertaine comme son volume; ordinairement sa surface est rugueuse et inégale, en raison des progrès de l'ulcération sur divers points; les bords en sont renversés, souvent entourés d'une croûte grisâtre, formée par l'ichor desséché et retenu par les poils de la barbe, que le rasoir ne peut enlever qu'en causant les plus vives douleurs. Le cancer de la lèvre est rarement supporté par un pédicule, comme on l'observe dans le cancer de l'œil et des paupières.

La couleur, l'odeur, la consistance, etc., n'ont rien d'absolu. La disposition organique des produits qui constituent le cancer, n'est pas même constante. En effet, tantôt la matière squirrheuse et encéphaloïde est disséminée dans l'épaisseur de la lèvre, tantôt elle est réunie en une seule masse plus ou moins compacte, pourvue d'un kyste fibro-celluleux, qui l'isole complétement, ou dépourvue d'un kyste; elle est unie aux tissus circonvoisins d'une manière plus ou moins solide; ce dernier cas est le plus défavorable. D'autres fois la matière cancéreuse coexiste avec le développement d'un tissu vasculaire de nouvelle formation, et constitue ce que l'on nomme fongus cancéreux, etc.

Quelle que soit la disposition organique des produits anormaux qui constituent le cancer, les symptômes qui se lient à sa marche peuvent être distribués en quatre groupes principaux qui tiennent à quatre

conditions différentes, communes aux cancers de tous les organes.

1° Le cancer est d'abord dur ou à l'état de crudité; il se présente sous la forme d'un tubercule rénittent qui se manifeste, le plus souvent, à la suite d'une inflammation chronique, et ne détermine d'abord que des phénomènes purement locaux. Le développement en est lent, sans douleur bien sensible; la lèvre ne semble incommodée que par le poids et la pression des produits qui se sont développés dans sa substance; tout paraît se réduire à une légère déformation de la lèvre; aucun symptôme de réaction ne s'est encore manifesté, et les douleurs ont été presque nulles.

2° La tumeur cancéreuse finit, après un temps plus ou moins long, par s'irriter ou se congestionner: le sang y aborde en plus grande quantité, comme dans un tissu enflammé, et le ramollissement s'empare de la tumeur, en même temps que son volume devient plus considérable. Ces changemens sont accompagnés d'une exaltation extrême de sensibilité; les douleurs ont un caractère particulier; elles ressemblent à celles que pourrait produire un stylet rougi au feu; elles reparaissent à des intervalles assez rapprochés, et passent rapidement.

Dupuytren désigne ce mode particulier d'exaltation de la sensibilité, sous le nom d'*éclairs de douleur*. A cette période, les tissus ambians s'irritent, les ganglions s'engorgent.

3° La tumeur se rapproche de plus en plus des tégumens délicats de la lèvre, lorsque ceux-ci n'ont pas été le siége primitif du cancer; elle les amincit, les éraille et les ulcère dans une étendue plus ou moins grande. Cette destruction des tégumens s'opère de deux manières différentes; tantôt elle ressemble à celle qui a lieu dans les abcès qui s'ouvrent spontanément; la peau, soumise à une pression excentrique, s'amincit progressivement, perd sa vitalité, laisse échapper le liquide, et met à nu le fond du foyer; tantôt une fongosité s'élève, végète rapidement, s'accole à une fongosité voisine, et forme peu à peu une surface cancéreuse; il y a alors *cancération*, c'est-à-dire, que la tumeur ulcérée dépasse le niveau des parties où elle s'est développée. A cette période, les veines circonvoisines deviennent quelquefois variqueuses; les fongosités sont douloureuses et saignantes; il survient des hémorrhagies

spontanées qui pourraient être graves, si l'on n'y mettait obstacle. Un des caractères du cancer parvenu à cette période, est de s'agrandir aux dépens des parties environnantes; le périoste et la substance de l'os maxillaire sont, à leur tour, envahis, et l'art ne peut alors arrêter les progrès du mal que par une opération très-grave (la résection du maxillaire inférieur).

4° La dernière période du cancer de la lèvre n'offre rien de particulier; les phénomènes morbides qui lui sont propres, consistent moins dans le désordre local que dans les symptômes généraux. La peau du malade prend une couleur terne, une teinte jaune paille et un caractère spécial de sécheresse; la faiblesse et l'amaigrissement surviennent. Certains tissus acquièrent de la friabilité, particulièrement le tissu osseux qui est très-sujet aux fractures; toutes choses qui décèlent cet état de l'économie, appelé *cachexie cancéreuse*, état qui, comme on le voit, est consécutif et mérite d'être distingué de la diathèse de même nature, qui est un état préexistant. La cachexie cancéreuse paraît dépendre de la résorption de l'ichor fétide qui s'exhale de la surface du cancer et porte le trouble dans les voies circulatoires et les principaux foyers de l'organisme. Il survient de l'agitation, une petite fièvre continue s'allume et s'exaspère ordinairement le soir; la diarrhée et les sueurs colliquatives ne tardent pas à se manifester, et la mort vient mettre un terme à cette existence ruinée en détail et consumée par les plus horribles souffrances.

Les caractères que nous venons d'assigner du cancer de la lèvre inférieure, quelque tranchés qu'ils soient, ne sont pas encore assez précis pour que le praticien puisse de suite asseoir son *diagnostic*. Toute tumeur, ulcérée ou non, de la lèvre inférieure, ayant succédé à un bouton, et tendant à s'accroître, n'est pas un cancer, et il importe avant tout de bien déterminer la nature du mal; car, les indications thérapeutiques diffèrent essentiellement selon cette nature. Il est des engorgemens, des indurations de la lèvre inférieure, entretenus par une inflammation chronique, et qui cèdent à des applications réitérées de sangsues et de topiques émolliens; combien il serait fâcheux pour le malade, que de pareilles indurations fussent prises pour des cancers, et traitées comme tels! Ici, ce n'est pas l'inspection directe qui peut donner

une certitude complète sur la nature du mal, c'est le traitement. *Naturam morborum ostendunt curationes* (Hippocrate). Aussi, est-il prudent de traiter tous les cancers, dès leur début, par les anti-phlogistiques. Le cancer peut être simulé par des ulcérations de divers genres, mais particulièrement par des ulcérations syphilitiques produites par des baisers impurs, ou par l'influence de la vérole constitutionnelle. L'examen attentif de ces ulcères, la moralité du malade, les signes anamnestiques, la coexistence de solutions de continuité du même genre sur divers points du corps, mais particulièrement aux organes génitaux, aux aines, au fond de la bouche, et enfin l'action d'un traitement anti-vénérien, mettront le praticien à l'abri de toute incertitude.

PRONOSTIC.

Le pronostic du cancer de la lèvre inférieure, quoique moins fâcheux que celui des cancers des organes plus importans, ne cesse pas pour cela d'être grave, puisqu'on n'est jamais sûr que l'opération mettra le malade à l'abri de la récidive : cependant, il varie suivant l'âge et la constitution du sujet, suivant la marche plus ou moins rapide qu'il a suivie, suivant son volume, son étendue, ses complications, etc. Le pronostic est toujours plus grave lorsque le cancer paraît pour la seconde fois ; car il témoigne de la persistance de la diathèse cancéreuse ; enfin, il est très-fâcheux lorsqu'il est parvenu à la quatrième période, c'est-à-dire, lorsque les signes de la cachexie cancéreuse sont devenus évidens.

TRAITEMENT.

Le chirurgien appelé à traiter un cancer de la lèvre inférieure, doit, après avoir déterminé la nature du mal, s'assurer, avec le plus d'exactitude possible, de l'étendue de la maladie.

Trois indications principales se présentent alors à remplir :

1° Combattre toutes les complications de manière à réduire le cancer à son mode d'existence le plus simple ;

2° En débarrasser la lèvre par une opération, et remédier à la difformité produite par celle-ci ;

3° Pallier le mal lorsque ses progrès ont rendu l'opération impraticable.

A. — Les principales complications du cancer de la lèvre inférieure, sont l'état inflammatoire ou simplement l'engorgement œdémateux des parties environnantes. On remédie au premier par des anti-phlogistiques locaux; au second, par la compression. Des sangsues seront appliquées, mais en petit nombre, au pourtour de la tumeur cancéreuse, et renouvelées aussi souvent que l'exigera la persistance des symptômes inflammatoires; on favorisera l'écoulement du sang des piqûres par des lotions avec l'eau tiède. Une propreté extrême sera entretenue sur la partie malade; on aura le soin de détacher, avec toutes les précautions possibles, les croûtes qui pourront se former à la circonférence de la tumeur, et l'on recouvrira celle-ci de compresses trempées dans l'eau de mauve, ou d'un cataplasme léger et souvent renouvelé; le cataplasme de pulpe de carotte paraît mériter la préférence sur tous les autres; il n'a pas l'inconvénient de s'aigrir et par suite d'irriter les parties. Sous l'influence de ces moyens locaux, on voit l'état de la lèvre s'amender notablement; son volume diminue; la surface de la tumeur paraît se resserrer; et si la maladie n'était qu'une inflammation chronique, en apparence suspecte, elle guérit complétement.

La compression, proposée en Angleterre par Young, reprise plus tard, en France, par Récamier, et appliquée au traitement des cancers en général, pourrait l'être de même à celui de la lèvre inférieure pour combattre l'œdème des tissus environnans; mais son application est difficile lorsque le cancer occupe le bord libre de la lèvre; elle est, au contraire, plus facile et plus efficace lorsque le mal a son siége au menton: toutefois, ce moyen ne guérit pas le cancer, comme l'ont prétendu ses adeptes, mais il prépare sa guérison en faisant disparaître l'œdème environnant, en diminuant le calibre des veines dilatées qui entourent la lésion organique, et en provoquant la résorption de certains matériaux épanchés qui pourraient passer à l'état cancéreux.

B. Après avoir ainsi éliminé les deux principales complications du cancer, le chirurgien doit songer à le détruire, à débarrasser l'économie de sa présence; il y parvient à l'aide de deux moyens principaux, la cautérisation et l'ablation, à l'aide de l'instrument tranchant.

Cautérisation. Pouteau, zélateur de la pyrotechnie, avait proposé d'attaquer le cancer des lèvres par le cautère actuel; mais ce moyen,

très-énergique sans doute, puisqu'il désorganise les tissus qu'il atteint, est d'une application assez rare ; il ne convient que dans les cas où le cancer a jeté des racines profondes et irrégulières, et que l'ablation complète par l'instrument tranchant est totalement impossible, ou lorsqu'on veut arrêter des hémorrhagies en nappe, qui se font par les capillaires dilatés au pourtour du produit morbide, ou, enfin, lorsque le cancer s'est étendu jusqu'à l'os maxillaire, et qu'on veut provoquer la nécrose des parties altérées. Dans les autres cas, où le praticien croit devoir recourir à la cautérisation, il s'adresse de préférence aux caustiques, et particulièrement à la potasse caustique ou à la poudre arsenicale de Rousselot. Ces agens désorganisateurs sont utiles dans les cancers superficiels de la lèvre, et jouissent de l'avantage de ne point effrayer le malade par l'appareil redouté d'une opération. Dans quelques cas de ce genre, ces moyens ont été employés avec succès par M. Fleury, de Clermont ; on doit cependant les abandonner lorsque la tumeur est volumineuse, et qu'on n'est pas certain de tout détruire. D'ailleurs, les caustiques ont l'inconvénient capital de produire des pertes de substance, auxquelles succèdent des cicatrices difformes, dont on est souvent obligé de corriger l'irrégularité par de nouvelles opérations.

Le charlatanisme n'a que trop souvent abusé de ces moyens dangereux entre des mains inexpérimentées. Un malade s'est récemment présenté à l'hôpital St-Éloi pour faire restaurer sa face complétement dégradée par l'emploi inconsidéré des caustiques dans le traitement d'un bouton chancreux de la racine du nez.

Ablation. Ce mode thérapeutique, plus rationnel, plus sûr et, en somme, moins douloureux que le précédent, se pratique d'après des procédés divers, dont nous aurons à spécifier la convenance, et à comparer les avantages. Disons, d'une manière générale, que le malade devra être soumis à quelques préparations indispensables, soit locales, soit générales. Nous avons indiqué les premières avec détail ; nous nous bornerons à indiquer les secondes. Ainsi, il sera mis à une diète modérée, quelques jours avant l'opération ; les complications gastro-intestinales auront été combattues par des moyens appropriés ; une saignée pourra être utile, si le malade est pléthorique. Le catarrhe pulmonaire

sera une contre-indication à l'opération, en raison des mouvemens de diduction qu'imprime la toux, mouvemens qui pourraient compromettre le succès de la réunion immédiate; enfin, il faudra, autant que possible, éviter d'opérer le malade, s'il règne une épidémie d'érysipèles(1), l'expérience ayant prouvé que les opérations les plus légères, et surtout celles que l'on pratique sur la face, provoquaient presque toujours l'apparition de cette maladie.

Nous distinguerons, pour l'ablation de la lèvre inférieure, deux méthodes principales, comptant chacune plusieurs procédés. Dans l'une, on emporte le cancer sans restaurer la perte de substance; dans l'autre, on restaure la perte de substance.

A la première se rattachent l'incision en V et la section du bord libre.

L'incision en V se pratique généralement de la manière suivante : le sujet est assis sur une chaise solide, la tête renversée en arrière et appuyée contre la poitrine d'un aide qui comprime les artères maxillaires internes. Le chirurgien armé d'un bistouri droit saisit la tumeur avec la main gauche, et portant une première incision sur le côté correspondant de la lèvre, la continue jusque vers la pointe du menton en se dirigeant obliquement en bas et à droite; une seconde incision en sens opposé à la première va rejoindre l'extrémité inférieure de celle-ci, et cerne complétement la maladie; si quelques adhérences la retiennent encore en arrière, quelques coups de bistouri suffisent pour la détacher complétement; on lie les artères coronaires qui avaient été comprimées dans l'épaisseur des lambeaux, et on se dispose à affronter ces derniers. On réunit enfin, à l'aide de la suture entortillée, comme dans l'opération du bec-de-lièvre.

Ce procédé est d'une exécution simple et facile; il convient particulièrement dans les cancers peu étendus du bord libre, et après la guérison qui ne se fait guère attendre au-delà du dixième ou douzième jour, il ne reste qu'une cicatrice légère et la trace à peine visible des lieux

---

(1) Il me souvient avoir observé, vers la fin de 1833, dans les salles de M. Lallemand, où je faisais alors un service en qualité de chirurgien externe, que tous les malades soumis à quelque opération furent consécutivement atteints d'érysipèle.

d'introduction et de sortie des aiguilles ; mais si on le met en usage, lorsque le cancer occupe une grande partie de la lèvre, il en résulte un rétrécissement considérable de l'ouverture buccale, un plissement forcé de la lèvre supérieure qui proémine vers la partie antérieure ; enfin, lorsque l'opéré ouvre la bouche, la cicatrice éprouve une distension qui dispose les tissus à l'irritation, et n'est peut-être pas étrangère à la reproduction de la maladie.

Fabrice d'Aquapendente, frappé de ces imperfections et de ces dangers, substitua à l'incision en V, *l'incision demi-circulaire du bord libre*. Ce procédé était à peu près tombé dans l'oubli, lorsqu'il a été repris et préconisé par Dupuytren. La section demi-circulaire pratiquée sur les tissus sains au-dessous de la tumeur, peut être faite avec de forts ciseaux ou avec un bistouri. On a ordinairement peu de vaisseaux à lier ; on panse la plaie, et un bandage convenable en affermit l'appareil. La salive s'écoule d'abord avec abondance et excorie la peau, en même temps que sa perte affaiblit le malade. Les dents inférieures sont à découvert ; la parole est difficile, et la difformité désagréable ; mais peu à peu la lèvre remonte, la cicatrice s'affermit, et l'organe se rétablit presque dans toute sa hauteur. Toutefois la nouvelle lèvre qui a perdu sa couche musculaire libre, n'exécute que des mouvemens imparfaits ; elle semble se retourner en arrière, et la rétracture de la cicatrice la fixe contre le bord alvéolaire dont elle ne peut s'éloigner ; la salive n'est pas alors retenue facilement ; enfin, on a déterminé une perte de substance qu'aucun effort de la nature ne peut remplacer, et qu'il n'aurait appartenu qu'à l'art de restaurer.

Cette restauration constitue la chéiloplastie, branche importante de l'autoplastie, dont le perfectionnement appartient à notre époque.

La chéiloplastie appliquée au traitement du cancer de la lèvre inférieure, comprend quatre procédés que nous ne pouvons décrire que uescinctement.

Procédé de Chopart. Par ce procédé, le chirurgien pratique à chaque extrémité du cancer une incision qui descend verticalement du bord libre de la lèvre au-dessous de la mâchoire, et plus ou moins, suivant l'étendue de la perte de substance à réparer. Le lambeau quadrangulaire qui résulte de ces incisions, est saisi par son bord libre, renversé et

disséqué jusqu'à la ligne horizontale qui réunirait l'extrémité inférieure des incisions. Les vaisseaux sont alors liés, puis le chirurgien excise la partie malade, et relève le lambeau jusqu'à ce que son bord supérieur atteigne le niveau ordinaire de la lèvre inférieure. Cette manœuvre est ordinairement sans difficulté, à cause de la liberté que la dissection a donnée au lambeau; on la favorise, d'ailleurs, en faisant fortement incliner la tête au malade. Des points de suture sont ensuite appliqués aux angles des lèvres, et les incisions verticales sont réunies, à l'aide de la suture entortillée. La guérison n'est ordinairement retardée par aucun accident. Le malade peut alors relever la tête et la porter en haut, à cause de la laxité des tégumens de la partie antérieure du cou; le rebord de la nouvelle lèvre ne ressemble pas au rebord muqueux naturel; au lieu d'une surface lisse et rosée, on n'a souvent qu'une cicatrice quelquefois inégale et difforme.

Delpech avait reconnu cet inconvénient et avait formé le projet d'y remédier; il cherchait à obtenir un lambeau labial, plus long que la perte de substance à restaurer, et il retournait le lambeau de manière à l'opposer aux gencives; il espérait que cette peau, privée aussi du contact de l'air et lubréfiée par la salive, se convertirait en muqueuse et suppléerait à la membrane qui revêt la lèvre dans l'état normal. Il est à regretter que le succès n'ait pas complétement justifié ses prévisions.

Le procédé de Chopart peut être regardé comme un point de départ avec lequel les autres procédés ont plus ou moins d'analogie. Son caractère et son mérite principal sont d'employer les parties environnantes à remplacer ce qui est détruit, sans les dévier de leur direction naturelle. C'est là le critérium de la méthode autoplastique dite *française*, et qui l'emporte à tous égards sur les méthodes *italienne* et *indienne*.

Procédé de Roux de Saint-Maximin. Ce procédé consiste à emporter le cancer par une section demi-circulaire, à prolonger l'incision au-delà de l'angle des lèvres, à décoller le lambeau adhérent à l'os maxillaire et à le relever jusqu'au point convenable. Les lèvres de l'incision prolongée au-delà de la commissure sont réunies à l'aide de la suture entortillée. On exerce une compression légère à l'aide d'une fronde, afin de favoriser le recollement du lambeau.

Ce procédé, qui, au fond, est le même que celui de Chopart, a sur ce

dernier l'avantage d'exiger moins d'incisions et par conséquent d'éviter des cicatrices souvent incommodes pour le malade.

Procédé de Lisfranc. Il ne diffère du précédent qu'en ce que le lambeau est divisé verticalement, à sa partie moyenne, ce qui permet une dissection plus facile et rend plus aisée la ligature des vaisseaux intéressés. Lisfranc attribue encore à ce procédé l'avantage de ne point former de sinus qui deviennent quelquefois des foyers purulens.

Procédé de M. Serre. Ce mode opératoire, fondé sur des vues très-ingénieuses, mériterait plutôt le nom de méthode que celui de procédé; car, loin d'être l'application d'un principe déjà connu, il est établi lui-même sur un principe particulier. L'opération chéiloplastique dont il est question, peut être comparée au procédé de Chopart; mais elle en diffère par ce point capital, qu'au lieu de laisser cicatriser le rebord du lambeau, on dissèque, dans l'intérieur de la bouche et jusque sur la tumeur elle-même, une portion de membrane muqueuse, à l'aide de laquelle on recouvre le bord libre en l'y réunissant par quelques points de suture entrecoupés, exécutés avec des fils de soie. On obtient ainsi une véritable lèvre avec son rebord muqueux, d'une couleur rosée très-agréable, et la cicatrisation s'accomplit par première intention, au lieu de succéder à la suppuration des parties. J'ai vu tout récemment encore M. Serre mettre en usage ce mode opératoire. Je vais rapporter l'histoire du malade qui en fut le sujet.

Cancer de la lèvre inférieure. — Opération. — Réunion cutanéo-muqueuse. — Guérison.

Braissan (Jean-Baptiste), né à Assion (Ardèche), âgé de 40 ans, d'un tempérament sanguin, entra à l'hôpital St-Éloi de Montpellier le 3 avril 1836. Cet homme avait joui d'une bonne santé jusqu'en décembre 1834. A cette époque, et sans cause appréciable, il vit paraître, à la lèvre inférieure, un bouton d'abord indolent, mais qui ne tarda pas à lui causer des douleurs vives et lancinantes, prit bientôt une assez grande étendue, par suite des irritations dont il devint le siége, et affecta la nature cancéreuse.

A l'examen de la lèvre, on constatait la présence d'une ulcération qui occupait le tiers supérieur de la partie moyenne de cet organe, dont la muqueuse ne paraissait pas altérée. Le malade fut soumis aux préparations d'usage, et le 13 avril, M. le professeur Serre entreprit l'ablation de ce cancer, qu'il exécuta de la manière suivante :

Une incision horizontale fut d'abord pratiquée immédiatement au-dessous de l'ulcération. De ses extrémités, on fit partir deux incisions verticales, qui furent prolongées jusqu'au bout du menton. Le lambeau circonscrit par ces trois incisions fut disséqué ; alors on détacha la tumeur de bas en haut, à l'aide d'un bistouri, et en s'efforçant de respecter la muqueuse, qui fut ensuite horizontalement incisée au niveau du rebord postérieur du bord libre de la lèvre. Le lambeau cutané a été aussitôt porté jusqu'au niveau de la lèvre enlevée, ce qui a été facile, en raison de la dissection à laquelle on l'avait soumise. Le lambeau fut fixé par ses angles supérieurs, à l'aide de deux points de suture, puis le lambeau muqueux fut renversé sur le bord supérieur du précédent, et suturé avec de la soie. On aperçut à sa surface deux éraillures produites pendant l'opération par la pointe du bistouri ; mais cette circonstance, loin d'être aggravante, fut, au contraire, utile en ce qu'elle servit d'issue au pus résultant du travail inflammatoire. Enfin, la suture entortillée servit à réunir les surfaces opposées des incisions verticales.

Le résultat immédiat parut très-satisfaisant ; le mode de réunion était très-exact ; la régularité était parfaite ; la lèvre bordée d'une muqueuse offrait l'apparence naturelle ; il y avait même, dans cet arrangement nouveau, une sorte d'élégance.

L'examen de la tumeur fit reconnaître la présence d'un tissu squirrheux, disposé par petites masses.

Le jour même de l'opération, le malade prend une assez grande dose de bouillon, et parle beaucoup ; le lendemain, à la visite (14 avril), face rouge, peau chaude, pouls vibrant, lèvre tuméfiée : *saignée, pédiluve simple, diète* ; 14, meilleur état, lèvre encore gonflée ; 15, les points de suture faits avec la soie ont divisé les tissus qu'ils embrassaient ; 16 et 17, amélioration croissante ; 18, M. Serre enlève les aiguilles et la suture entortillée. (Pansement avec un plumasseau enduit de cérat, et des bandelettes agglutinatives). Du 19 au 27, gué-

rison progressive ; on cautérise les ulcérations produites par les fils de soie ; 28 , guérison complète : Braissau sort de l'hôpital.

Il parle facilement; la salive est complétement retenue. Il n'existe point de difformité, toutefois on n'observe pas au-desous de la nouvelle lèvre la dépression légère qui la sépare du menton. Peut-être cette dépression s'établira-t-elle lorsque le dégorgement se sera complétement effectué. On pourrait favoriser ce dernier par une compression ménagée.

En résumé, il résulte de la comparaison des avantages des divers procédés opératoires que nous venons de passer en revue, que la section en V l'emporte sur la section du bord libre; que celle-ci le cède, à son tour, au procédé de M. Roux de St-Maximin, et que ce dernier est moins avantageux encore que la méthode de réunion cutanéo-muqueuse de M. Serre.

C. Il nous reste, pour terminer cette histoire rapide du traitement du cancer de la lèvre inférieure, à tracer la conduite du praticien dans les cas où cette affection s'est étendue au point de rendre l'opération impraticable. Cette conduite est malheureusement trop simple, et les efforts de l'art sont infructueux pour obtenir une guérison. Le traitement se borne à quelques moyens palliatifs, administrés dans le but de diminuer les douleurs qui sont les compagnes inséparables des progrès du cancer; les pilules d'aconit et de ciguë préconisées par Stork, les préparations opiacées, sont les principaux médicamens employés à cet effet. Enfin, on s'efforce d'atténuer les symptômes de cachexie cancéreuse par des boissons adoucissantes et un régime alimentaire puisé dans la classe des substances gélatineuses et féculentes, si l'estomac du malade peut les supporter.

Mais le cancer, en dépit de ces moyens, poursuit sa marche envahissante, et se termine d'une manièree funeste.

FIN.

FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

DUBRUEIL, DOYEN. Anatomie.
BROUSSONNET, *Président.* Clinique médicale.
LORDAT. Physiologie.
DELILE. Botanique.
LALLEMAND. Clinique chirurgicale.
CAIZERGUES. Clinique médicale.
DUPORTAL. Chimie.
DUGÈS, *Examinateur.* Pathologie chirurgicale. Opérations et Appareils.
DELMAS. Accouchemens.
GOLFIN. Thérapeutique et Matière médicale.
RIBES, *Examinateur.* Hygiène.
RECH. Pathologie médicale.
SERRE, *Examinateur.* Clinique chirurgicale.
BÉRARD. Chimie générale et Toxicologie.
RÉNÉ, *Suppléant.* Médecine légale.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

VIGUIER, *Suppléant.*
KUHNHOLTZ.
BERTIN.
BROUSSONNET.
TOUCHY.
DELMAS.
VAILHÉ.
FAGES.
BOURQUENOD, *Examinateur.*
BATIGNE.
POURCHÉ.
BERTRAND.
POUZIN.
SAISSET, *Examinateur.*
ESTOR.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.